


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

***ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE E FAMÍLIA, NO SETOR DE
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, COM BASE
NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE
AGUIAR HORTA.***

N.Cham. TCC UFSC ENF 0236
Autor: Velho, Graziela Oi
Título: Assistência de enfermagem ao cli

972518082 Ac. 240987
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Florianópolis, Dezembro de 1994

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0236
Ex.1**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT - 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

***ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE E FAMÍLIA, NO SETOR DE
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, COM BASE
NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE
AGUIAR HORTA.***

**ACADÊMICAS: Graziela Oliveira Velho
Albertina Mota Machado**

ORIENTADORA: Maria Anice da Silva
SUPERVISORA: Lúcia Xavier dos Santos

Florianópolis, Dezembro de 1994

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	01
II - REVISÃO DE LITERATURA	03
2.1 - Sistema de Atendimento de Emergência.....	03
2.2 - Dever de um Serviço de Emergência.....	05
2.3 - Admissão do Cliente no Setor de Emergência.....	06
2.4 - Problemas do Cliente no Setor de Emergência.....	06
2.5 - Reações do Cliente à Emergência.....	07
2.6 - A família e os Amigos do Cliente no Setor de Emergência.....	09
2.7 - Comportamento do Pessoal do Setor de Emergência.....	10
2.8 - A Enfermagem no Setor de Emergência.....	10
III - DIRETRIZES PARA A PROPOSTA DE ESTÁGIO.....	12
3.1 - Objetivos.....	12
3.2 - Marco Referencial Teórico-Filosófico.....	13
3.2.1 - Conceitos.....	13
3.2.2 - Necessidades Humanas Básicas.....	16
3.2.3 - Processo de Enfermagem.....	18
3.2.4 - Prontuário Orientado Para o Problema.....	19

IV - METODOLOGIA.....	23
4.1 - Caracterização do Local de Estágio.....	23
4.2 - Planejamento das Ações.....	25
4.3 - Cronograma.....	28
V - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	30
5.1 - Objetivo nº 03.....	31
5.1.1 - Estrutura Organizacional Diretiva.....	31
5.1.2 - Recursos Humanos.....	32
5.1.3 - Coordenação e Estilo de Liderança.....	38
5.1.4 - Recursos Materiais.....	40
5.1.5 - Política Assistencial.....	42
5.2 - Objetivo nº 02.....	42
5.2.1 - Observações Comportamentais.....	43
5.2.2 - Fatores Condicionantes do Stress.....	45
5.2.3 - Análise dos Dados Levantados.....	49
5.3 - Objetivo nº 01.....	52
5.3.1 - Atividades Cotidianas do Setor.....	52
5.3.2 - Aplicação da Metodologia Proposta.....	54
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
VII - BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS.....	61

I - INTRODUÇÃO

Entendemos que a enfermagem está em estado de evolução pela luta de seus ideais, buscando uma definição concreta e a resolução de seus conflitos. Observamos uma fuga da enfermagem dos seus compromissos assistenciais em detrimento dos seus compromissos administrativos e de liderança, que por sua vez também deixam a desejar, passando menos tempo ao lado do paciente e de sua equipe.

No setor de emergência, observa-se uma situação contrária, onde a enfermagem se detém nos cuidados técnicos imediatos, visando o atendimento do aspecto biológico do indivíduo, sem entrar em discussão as demais necessidades afetadas, deixando para segundo plano seus compromissos administrativos e de liderança.

Este trabalho faz parte da disciplina INT - 5134 - Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIIIª Unidade Curricular, e foi desenvolvido dentro dos objetivos e normas da disciplina. O estágio foi realizado no setor de emergência do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado no centro de Florianópolis - SC.

A decisão do local e do tipo de trabalho desenvolvido na VIIIª Unidade Curricular do curso de graduação em enfermagem, se deu pelos seguintes fatores: -

oferecer grande oportunidade para melhor conhecer o conteúdo teórico-prático relacionado à emergência; - desenvolver habilidades técnicas e científicas, tendo em vista a grande complexidade do setor; - desenvolver habilidades de administração e liderança, num setor não explorado pelo curso; - e principalmente, para vivenciar se é possível prestar uma assistência planejada num setor de alta rotatividade e complexidade, atendendo o cliente em seus aspectos bio-psíquicos-sociais e espirituais.

Integram este grupo de estudo as alunas Albertina Mota Machado e Graziela Oliveira Velho, tendo como orientadora a Enfermeira Maria Anice da Silva e como supervisora a Enfermeira Lúcia Xavier dos Santos, coordenadora do setor de emergência do referido hospital.

O período de desenvolvimento da disciplina foi de 01/08/94 à 16/12/94, compreendendo uma carga horária total de 306 horas, sendo 86 horas para a elaboração do planejamento e relatório, 220 horas para desenvolvimento do estágio prático de 04 horas diária por aluno, totalizando 55 dias de estágio.

Entendemos que a melhor forma de coordenar uma assistência planejada ao cliente de maneira individualizada e globalizada, é através do trabalho em equipe (aluno, equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar), onde juntos tivemos a oportunidade de reunir conhecimentos e trocamos experiências em benefício do cliente, da família e da própria equipe de trabalho, favorecendo o desenvolvimento das nossas habilidades de administrar e liderar.

II - REVISÃO DE LITERATURA *

2. 1 - SISTEMA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:

Sistema de Atendimento de Emergência - um serviço público, portanto responsabilidade do Estado, que deverá estar à nossa disposição quando precisarmos dele, bastando apenas procurá-lo quando necessário. Local este, organizado como sistema, acessível a toda a população, distribuídos de acordo com a maior ou menor concentração da população, organizado e bem equipado, com materiais em quantidade e qualidade suficiente, com profissionais altamente habilitados a prestar cuidados imediatos, atendendo com precisão as necessidades da clientela, respeitando os valores e crenças regionais.

Para a maior parte dos cidadãos brasileiros a realidade é outra.* O que deveria ser acessível como um sistema de atendimento é, na verdade, um não-sistema, oriundo de uma longa linhagem de ancestrais ignóbeis, cujo grande progenitor é a apatia.

* Resumo adaptado a partir de Werner, (1980, p. 17-37).

A atitude do "não importa" parece prevalecer em todos os níveis do governo e dos serviços de saúde, no que se refere ao tratamento de urgência e emergência. Todos concordam em que tal serviço deveria ser acessível à população, mas quem tem a chave do poder para agir neste sentido, nada faz para que isto passe a ser uma realidade.

O atendimento de emergência é trabalho e apenas um esforço árduo, longo e consistente, combinado com um planejamento, poderá ter como resultado um sistema eficiente. Não há atalhos, nem meios fáceis e nem resultados a curto prazo, portanto não há interesse político por parte dos órgãos públicos.

Por outro lado, temos a falta de esclarecimento da população. Ninguém sabe o quanto o serviço é deficiente porque ninguém quer saber ou desconhece seus direitos. Não há dados a respeito; não são feitos relatórios; não há queixas manifestas que sejam levadas em consideração; nenhuma estatística é publicada.

Qual deve ser a nossa filosofia quanto ao serviço de emergência? Que orientação normativa devemos adotar? Entendemos que o sistema de atendimento de emergência envolve uma série de crenças e de atitudes, que quando compartilhadas por todos terá como resultado um comportamento que leve a um sistema total e eficiente.

Até que seja garantida a subvenção do Estado para o desenvolvimento do sistema de atendimento eficiente, cada região terá que usar de criatividade para encontrar suas próprias respostas aos problemas. Isso depende, também, das lideranças comunitárias.

A reação da comunidade a este problema é ponto fundamental para intimidar, encorajar, estimular, e desencadear discussões para a elaboração de um sistema de atendimento de emergência. Uma vez estabelecidas as normas, a maior parte do trabalho surgirá pela pressão política realizada pelos conselhos comunitários e outras formas de organização da comunidade.

A experiência mostra que há uma relação direta entre a pressão exercida pela sociedade organizada e a vontade política para que as coisas aconteçam. As entidades de classe que representam os profissionais da saúde, como integrantes da sociedade, não poderão estar alienadas nesta organização. É necessário que todos estejam organizados e unidos para que seus objetivos sejam alcançados.

.2.2 - DEVER DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

Um serviço de emergência deve exercer o grau de cuidados, habilidade e diligência geralmente exercidos pelos hospitais da comunidade onde está localizado, ou pelos hospitais de comunidades similares. Entretanto, a tendência tem sido abandonar os padrões da comunidade ou similares, em favor de um modelo nacional. Além de um critério geral de tratamento obrigatório, um padrão mais elevado pode ser adotado por determinação implícita ou por contrato entre o cliente e o hospital.

Uma vez criado o serviço de emergência num hospital público ou particular, há obrigação de receber e atender com eficácia os casos de urgência e emergência. A manutenção de um serviço de emergência cria no público a certeza de que terá atendimento médico sempre que houver necessidade real.

2.3 - ADMISSÃO DO CLIENTE NO SETOR DE EMERGÊNCIA:

O primeiro indivíduo a entrar em contato com um cliente ou com seus parentes causa a primeira impressão, e que é a mais lembrada. As perguntas de rotina, embora necessárias, são respondidas geralmente com impaciência e incompreensão. Os parentes do cliente automaticamente exigem que o exame e o tratamento médico devam ter prioridade. Não compreendem a importância da informação básica.

A informação deve ser obtida o mais rápido possível, explicando-se a sua importância para o tratamento. Se isso for feito de modo gentil e honesto, o resultado será uma maior cooperação por parte do cliente e da família.

O medo do hospital é um fato real, e torna-se mais intenso quando o cliente está desacompanhado. O apoio e a assistência para localizar amigos ou familiares podem evitar o pânico.

2.4 - PROBLEMAS DO CLIENTE NO SETOR DE EMERGÊNCIA:

As pessoas vêm ao setor de emergência porque têm problemas de saúde. O pessoal do setor não sabe o que houve antes do cliente ser admitido e está "desinteressado" ou "muito ocupado" para procurar saber. Seja o problema emocional ou físico, é real para o cliente e, geralmente, doloroso ou assustador. O pessoal geralmente julga a necessidade ou não de uma admissão, e reage baseado nos seus sentimentos individuais. Porém, essa decisão não é sua. Seu papel não é julgar e avaliar o cliente, e sim dar apoio e tomar conhecimento da história de antes da admissão.

— O cliente, que geralmente é deixado sozinho, merece a cortesia de visitas frequentes por parte da enfermagem, além das visitas obrigatórias, nem que seja

apenas para perguntar, "Como está se sentindo?" "Posso fazer alguma coisa para ajudá-lo?"

- Comunicar o progresso do tratamento ou explicar a demora, se for o caso, é essencial. Frequentemente surgirão situações imprevistas mas, se for dada uma informação honesta, tudo se torna mais fácil.

Mesmo que o tratamento físico seja a primeira providência necessária em casos de urgência ou emergência, o apoio emocional é parte essencial do cuidado com o cliente. Além do tratamento físico e apoio emocional, o cliente deve receber também, atenção no que diz respeito aos seus problemas sociais.

2.5 - REAÇÕES DO CLIENTE À EMERGÊNCIA:

As emergências, especialmente as que se referem à saúde, dão origem a reações bastante normais. A equipe de emergência, em geral, não tem tempo para reagir ao cliente ou à família, como deveria, por ter que atender aos problemas de ordem física.

O medo é uma reação comum, demonstrada por muitos clientes. Muitas vezes a causa e extensão da doença ou da lesão são desconhecidas, e o medo é sentido pelo cliente e pela família. O medo das condições do cliente e a complexidade do tratamento exigem respostas que nem sempre são dadas.

Compreender que o medo está presente é o primeiro passo para um tratamento melhor e mais eficiente. A equipe deve assumir a responsabilidade sobre o cliente como ser global, aprimorar a sua eficiência, dar maior atenção às suas

necessidades expressas e as não expressas, e explicar o que está acontecendo. O mesmo se aplica a parentes e amigos.

A equipe de emergência, que trabalha com tantos imprevistos, vê-se, às vezes, confrontada com indivíduos que entram em pânico e progridem para um estado de histeria. O primeiro estágio da histeria deve ser conhecido de toda a equipe e deve ser tratado com seriedade e de maneira apropriada para evitar outras reações explosivas. É necessário ter firmeza e ao mesmo tempo delicadeza no trato com estes clientes, pois estão necessitando de um tipo de apoio firme.

Quando se tem de passar algum tempo no hospital, os minutos parecem horas. Na realidade, a espera passa a ser sua própria vida e sentem necessidade de atenção incondicional. Tais situações podem ser evitadas se for explicado, logo no começo, o que está acontecendo e quais as responsabilidades da equipe. O cliente tem o direito de saber o que está sendo feito e por quê. Da mesma forma, tem também o direito de decidir sobre sua pessoa e seu bem estar. Em muitas situações, o cliente não está em condições de exercer estes direitos, neste caso a família deverá ser envolvida.

Reações como: medo, histeria, impaciência, tristeza, confusão, não são novidades para a equipe que trabalha no setor de emergência. Estas reações comportamentais constituem a ligação comum a todas as emergências umas às outras e o único denominador. Na nossa percepção, todos, em todos os lugares, têm as mesmas preocupações, desgostos e sensibllidades. Reconhecendo isso e reagindo de acordo, diminuirá a ansiedade que existe em todos os serviços de emergência.

2.6 - A FAMÍLIA E OS AMIGOS DO CLIENTE NO SETOR DE EMERGÊNCIA:

É comum o cliente chegar ao setor de emergência acompanhado de vários parentes e amigos. Sua preocupação para que o ente querido receba atenção imediata é geralmente manifesta por meio de uma atitude de impaciência ou de energia.

O pessoal do setor deve compreender que a família e os amigos têm problemas, assim como o cliente. Não toma muito tempo da equipe, levar as informações ou recados aos parentes ou amigos do cliente. É exatamente o que eles desejam. Esperam, pensando apenas no cliente. Geralmente não recebem nenhuma atenção, nenhum conforto, nenhuma palavra amiga. Não é de admirar que se tornem impacientes e que reclamem.

Respeitar os sentimentos dos outros e usar de cortesia poupa tempo e evita mal-entendidos. O ambiente de trabalho torna-se mais agradável se tais princípios forem seguidos.

As pessoas da família geralmente sentem-se descontentes com o hospital, com o tratamento, com o pessoal e com os métodos usados. Suas reclamações mascaram um pedido de socorro, o medo e a ansiedade. Parentes e amigos sentem-se impotentes e querem fazer alguma coisa, mas não podem. Se sua angústia não for reconhecida e compreendida, tornam-se impacientes, sentem-se ofendidos e tornam a situação mais difícil.

Às vezes o cliente decide onde e por quem quer ser tratado. Se tal decisão não puser em risco a sua segurança, deve ser atendida. Se, porém, o cliente não puder ser removido e o profissional de sua escolha não puder atendê-lo, o pessoal do hospital deve manter-se firme na sua atitude de não removê-lo. Isso deve ser feito explicando-se

as razões e garantindo que providências serão tomadas, assim que possível, para atender a sua vontade. Geralmente, nessas circunstâncias, o cliente não está em condições de ser informado e a comunicação deve ser feita aos parentes ou amigos.

2.7 - COMPORTAMENTO DO PESSOAL DO SETOR DE EMERGÊNCIA:

A atitude do pessoal do setor de emergência, de encarar os clientes como problemas dos quais precisam se livrar, precisa ser mudada. O pessoal deve ter orgulho em realizar uma avaliação completa e rápida, de iniciar um imediato tratamento de apoio, e dos resultados dos seus esforços. O bom funcionário envia os clientes para o hospital, para a unidade de tratamento intensivo, para a cirurgia, ou para casa, sem demora, mas com todas as informações necessárias possíveis, e todo o tratamento de apoio realizado ou determinado.

Talvez uma das áreas mais esquecidas na instrução para emergência seja a do comportamento e das relações humanas. Esse aspecto é decisivo na determinação da eficiência do serviço, podendo ser responsável pela animosidade dos clientes e de suas famílias e amigos, para com o hospital.

Os clientes não são problemas; eles têm problemas. A maioria desses problemas relaciona-se ao medo, ambiente estranho e catástrofe de famílias inteiras. Esses aspectos importantes devem ser tratados com conhecimento e habilidade.

2.8 - A ENFERMAGEM NO SETOR DE EMERGÊNCIA:

Os serviços de enfermagem são tão diversificados que é impossível conseguir prática e eficiência em todos os seus aspectos. Como uma parte

especializada da enfermagem, o serviço de emergência não é uma novidade. Há muitos anos os enfermeiros de emergência entendem que uma melhoria no seu serviço e o reconhecimento da importância do seu papel, são fatores essenciais para a qualidade do atendimento.

Os enfermeiros de emergência estão conscientes de que muitas vezes o setor de emergência é o único recurso com que uma comunidade conta para atendimento médico, em razão da falta de médicos no local e poucos ou deficientes postos de atendimento.

Os enfermeiros devem estar preparados para atendimento ao cliente como um ser global, para assumir posições de coordenação do setor, da equipe de enfermagem, da assistência de enfermagem e para o trabalho com outros membros da equipe multidisciplinar.

As funções da enfermagem de emergência são independentes, interdependentes e de colaboração, e todos devem conhecer as limitações legais das suas atribuições e conservar-se dentro delas. É necessário que toda a equipe multidisciplinar aprenda a trabalhar em conjunto, respeitando as atribuições de cada um.

O enfermeiro do serviço de emergência é uma parte vital e integrante da equipe. Se for inadequado ou incompetente, a eficiência da equipe diminui ou fracassa, com um resultado - o paciente sofre mais do que o necessário.

Quando aceito, o trabalho de lidar com vidas humanas é obrigação importante, e a enfermagem deve estar sempre preparada, procurando se atualizar constantemente e praticar, para estar ao nível dessa importância.

III - DIRETRIZES PARA A PROPOSTA DE ESTÁGIO

3.1 - OBJETIVOS:

1 - Prestar assistência de enfermagem, mediata e imediata ao cliente e família que procura o Setor de Emergência, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta.

2 - Atuar junto aos cuidadores observando o tipo de assistência prestada ao cliente e família, o stress no desempenho de suas atividades e o relacionamento interpessoal entre a equipe, visando identificar problemas e buscar soluções conjuntas.

3- Realizar, juntamente com a enfermeira, a coordenação do Setor de Emergência do HGCR e do cuidado de enfermagem ao cliente e família que procuram este Setor.

3.2 - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO:

Decidiu-se organizar um marco referencial teórico-filosófico a partir de conceitos e pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, adequando-os às crenças e valores do grupo e o local onde será desenvolvido o projeto assistencial, como guia para direcionar os cuidados de enfermagem.

Para a organização do marco referencial teórico-filosófico, a ser adotado pelo grupo, selecionou-se os conceitos de: ser humano/indivíduo, ser humano/família, sociedade, saúde, doença, enfermagem, enfermeiro, assistência de enfermagem, cuidado, cuidar, cliente e cidadania. Na definição dos termos, procurou-se inter-relacionar os conceitos da teorista com as crenças e os valores do grupo.

3.2.1 - CONCEITOS:

A seguir apresentaremos os conceitos utilizados pelo grupo como proposta para o desenvolvimento do plano assistencial.

1. Ser humano/Indivíduo:

É um todo indivisível e único; está em constante interação com o universo dando e recebendo energia; esta dinâmica provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios geram no ser humano necessidades a nível psicobiológico, psicossocial e/ou pscoespiritual, que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes, que o levam a buscar satisfação de tais

necessidades, sendo que ele deve ser um elemento ativo na busca de tal satisfação, podendo estar total ou parcialmente dependente de um profissional e/ou dos familiares para recuperar seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. (Adaptado a partir de Horta, 1979).

2. Ser Humano/família:

Fazem parte do primeiro grupo social do indivíduo (membros de uma família), bem como, aqueles que possuem laços afetivos (amigos). Podem apresentar desequilíbrios de suas Necessidades Humanas Básicas, podendo estar total ou parcialmente dependente de um profissional para auxiliá-lo na recuperação do seu equilíbrio, e tornar-se capaz de colaborar no atendimento ao cliente. (Adaptado a partir de Felisbino, 1990).

3. Sociedade:

"Agrupamento definido de indivíduos que obedecem as leis, costumes e tradições comuns. A sociedade geralmente é dotada de certa estabilidade, e as relações entre seus membros são explícitas, recíprocas e interdependentes." (Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, 1987).

4. Saúde:

É estar em equilíbrio dinâmico com suas necessidades humanas básicas, no tempo e espaço. (Adaptado a partir de Horta, 1979).

5. Doença:

É o aparecimento de um desequilíbrio ou agravamento de um desequilíbrio já instalado, caracterizado por afetar as necessidades humanas básicas. (Adaptado a partir de Felisbino, 1990).

6. Enfermagem (profissão):

"A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida. " (COFEN/CORENs, 1993).

7. Enfermeiro:

"É um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Esse compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente." (Horta, 1979).

8. Assistência de Enfermagem:

É assistir o indivíduo, doente ou sadio, em todo o seu ciclo vital, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para

uma morte digna e tranqüila) que ele realizaria sem ajuda se tivesse força de vontade e conhecimentos necessários. E fazer isso de maneira tal a ajuda-lo a ganhar independência tão rápida quanto possível.

9. Cuidado:

"O cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) dirigidos ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença (evidentes ou potenciais)." (Patrício, 1992).

10. Cuidar:

"O cuidar refere-se às atividades, processos e decisões diretas (ou indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir as pessoas de tal maneira a refletir atributos comportamentais que são: empáticos, de apoio, de compaixão, protetores, de socorro, de educação e outros, dependentes das necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo que está sendo assistido." (Leininger-1984, apud Boehs & Patrício, 1990).

11. Cliente:

É um indivíduo, um conjunto de indivíduos ou uma entidade que, a partir de uma determinada carência ou expectativa, individual ou coletiva, de si ou de seu ambiente, recorre aos serviços de um profissional como intervenção necessária para transformar uma realidade insatisfatória em satisfatória, numa relação de exercício de cidadania recíproca. (Adaptado a partir CONFEA/CREAs, 1987).

12. Cidadania:

"A cidadania é uma qualidade, um processo e um papel, contemplando direitos e deveres do ser humano numa determinada sociedade. Assim, no que se refere às profissões que trabalham com direitos inerentes ao ser humano, como educação e saúde, seus profissionais enfrentam um duplo desafio, o de assumir o seu processo de cidadania e o de reconhecer a cidadania do outro...." (Elsen, et al, 1992).

3.2.2 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB):

"São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homodinâmicos dos fenômenos vitais"(Horta, 1979, p.39).

A teoria de enfermagem de Horta foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas.

Para a classificação destas necessidades, Horta preferiu utilizar a denominação de João Moana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Os dois primeiros níveis são considerados pela autora, comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do homem.

Quadro 01: Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta, 1979.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e Repouso Exercícios e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular. Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou filosofia de vida

3.2.3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM:

"Para que a enfermagem atue eficientemente, não basta conceituar termos, é necessário também desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado Processo de Enfermagem" (Horta, 1979, p. 31).

A autora definiu o processo de enfermagem como sendo a "dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos", (1979, p. 35). Apresenta o processo em seis fases, sendo elas: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, a evolução e o prognóstico.

Os passos do processo de enfermagem foram definidos por Horta (1979, p. 35), como segue:

- **histórico de enfermagem** é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do indivíduo que possibilitam a identificação de seus problemas;
- **diagnóstico de enfermagem** é a identificação das necessidades do indivíduo que necessita de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão;
- **plano assistencial** é a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo deve receber diante do diagnóstico estabelecido;
- **plano de cuidados ou prescrição de enfermagem** é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo;

- **evolução de enfermagem** é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o indivíduo, enquanto estiver sob assistência profissional;

- **prognóstico de enfermagem** é a estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e sob orientação dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

O grupo entende que a aplicação do processo de enfermagem segundo a autora, num setor de emergência , atendendo todos os passos preconizados, é praticamente impossível. Neste sentido, analisou as experiências já vivenciadas pelo Hospital Universitário e por outros grupos de alunos de VIIIª. U.C, e optou em utilizar a fundamentação teórica do "Prontuário Orientado para o Problema do Paciente", preconizado por Weed.

3.2.4 - PRONTUÁRIO ORIENTADO PARA O PROBLEMA:

O sistema do "processo orientado para o problema", preconizado por Weed está fundamentado no método científico, tendo quatro componentes. São ele:

- **banco de dados iniciais;**
- **lista de problemas;**
- **prescrição, e**
- **notas de evolução.**

As notas de evolução são divididas em quatro partes, comumente designadas pela sigla **SOAP** que corresponde a:

- S - dados subjetivos;**
- O - dados objetivos;**
- A - análise dos dados;**
- P - plano.**

No Hospital Universitário, Saupe & Horr (1984), apud Perelra et al (1991, p. 18), ao descreverem o método de assistência de Enfermagem, indicam, como segue, os componentes do **SOAP**.

"Os dados **subjetivos** são as informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja: o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

Os dados **objetivos** são observações ou dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais, sintomas), resultado de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados, tratamentos, orientações etc.

A **análise** explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir o problema num grau de maior precisão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

O **plano** representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise".

Tendo em vista as características do setor de emergência que requer ação imediata e precisa por parte de qualquer membro da equipe de saúde, o grupo decidiu optar pela adaptação da teoria das necessidades humanas básicas com a evolução do método orientado para o problema (**SOAP**), como método de trabalho para aplicação do projeto assistencial. No quadro a seguir, observa-se a adaptação idealizada para a assistência de enfermagem aos clientes admitidos no setor.

Quadro nº 02: Quadro comparativo entre os passos da evolução segundo o prontuário orientado para o problema e a adaptação elaborada pelo grupo de estágio como proposta de assistência.

MÉTODO	AÇÃO
S - DADOS SUBJETIVOS O - DADOS OBJETIVOS	LEVANTAMENTO DE DADOS DO CLIENTE E FAMÍLIA
A - ANÁLISE DOS DADOS	ANALISAR E CO-RELACIONAR OS DADOS OBTIDOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS.
P - PLANO	ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADO MEDIATO E IMEDIATO (PRESCRIÇÃO)

O levantamento dos dados será realizado através de entrevista com o cliente, caso possível, com a família e/ou amigos, das anotações complementares da enfermagem, das observações do aluno, e outras formas possíveis conforme a situação, levantando os problemas de enfermagem relacionados ao cliente e família.

A análise dos dados será realizado através da análise do levantamento dos problemas e da co-relação com as Necessidades Humanas Básicas afetadas.

O plano de cuidados será elaborado sob forma de prescrição de enfermagem, no atendimento de suas NHB afetadas, considerando a situação de urgência ou emergência.

IV - METODOLOGIA

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO:

O HGCR, é um hospital da rede pública estadual, pertencendo a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Através de informações levantadas pelo grupo, a emergência foi inaugurada em 12/03/91, recebendo o nome, em homenagem póstuma, Dr. Maurílio Lopes Silva. Está localizada no terceiro subsolo da área nova do HGCR, tendo acesso próprio que facilita o fluxo dos clientes.

A emergência atende aproximadamente 130 clientes/dia, nas diversas patologias e ocorrências, a partir dos 14 anos de idade.

O setor possui: 06 consultórios médicos; 01 sala de triagem; 01 posto de enfermagem; 01 sala para medicação; 01 rouparia; 01 sala de reanimação cárdio-respiratória; 01 sala para chefia de enfermagem; 02 banheiros para funcionários (masc. e fem.); 02 banheiros para clientes e familiares; 01 expurgo; 01 sala de curativo asséptico; 01 sala de curativo séptico; 01 sala de drenagem de abscessos; 01 sala de pequena cirurgia; 01 sala de higienização para clientes; 01 sala de depósito de material

de consumo; 01 quarto para médico plantonista; 01 banheiro para enfermeiros; 01 sala de recepção; 01 sala de espera; 01 área onde os clientes ficam em observação; 01 sala de gesso desativada; 01 sala de Raio X, em reforma.

O Setor não possui quartos de repouso para observação dos clientes. Quando necessário, o cliente fica em macas ou cadelras de rodas numa hall de espera para atendimento nos consultórios. Segundo informações, é intenção da atual diretoria, fazer uma reforma no setor, utilizando o quarto dos médicos plantonistas como quarto de repouso, transformando a sala de gesso em quarto para plantonista, uma vez que a ortopedia mantém plantão permanente.

Com referência aos recursos humanos da enfermagem, a emergência possui 47 funcionários, com carga horária de 30 horas semanais, estando assim distribuídos:

- 08 enfermeiros;
- 12 técnicos de enfermagem;
- 14 auxiliares de enfermagem;
- 13 atendentes de enfermagem;

A emergência conta ainda, com o serviço de escrituração que é realizado por 09 escriturários.

O atendimento médico é realizado da seguinte forma:

Período: Das 08:00 às 12:00 hs - 03 médicos.

Das 12:00 às 16:00 hs - 03 médicos.

Das 16:00 às 20:00 hs - 02 médicos.

Das 20:00 às 08:00 hs - 02 médicos.

4.2 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

Para facilitar a visualização, optamos em apresentar os objetivos, o plano de ação e a avaliação dos objetivos, num quadro demonstrativo, como segue:

OBJETIVOS	OPERACIONALIZAÇÃO	AValiação
OBJETIVO N. 1: Prestar assistência de enfermagem, mediana e imediata ao cliente e família que procura o Setor de Emergência, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Agular Horta.	<ol style="list-style-type: none">1. Receber e passar o plantão, diariamente.2. Apresentar a proposta de atuação de estágio a toda equipe do Setor.3. Executar atividades gerais juntamente com a equipe (assistência ao cliente e família, encaminhamentos gerais, atividades administrativas, conversar, pedir orientações etc) visando a adaptação e aceitação do grupo no setor.4. Avaliar, diariamente, as condições gerais dos clientes admitidos no setor e fazer evolução no prontuário.5. Planejar a assistência ao cliente, utilizando a metodologia de enfermagem proposta.6. Executar a assistência de enfermagem prestada aos clientes e família, atendendo a metodologia proposta. Iniciando com 01 cliente por aluna, aumentando gradativamente conforme a capacidade e limitações de cada uma. (Modelo nos anexos 1 e 2).7. Avaliar, periodicamente, o desenvolvimento da metodologia de enfermagem proposta, adequando-a se necessário.8. Executar procedimentos de enfermagem, segundo as normas e rotinas do setor.9. Rever os conteúdos teórico-práticos desenvolvidos durante o curso, para melhor atendimento ao cliente.	Este objetivo será considerado alcançado se o processo de enfermagem proposto pelo grupo for aplicado aos clientes admitidos no Setor.

<p>OBJETIVO N. 2:</p> <p>Atuar junto aos cuidadores observando o tipo de assistência prestada ao cliente e família, o stress no desempenho de suas atividades e o relacionamento interpessoal entre a equipe, visando identificar problemas e buscar soluções conjuntas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar, identificar e registrar: <ul style="list-style-type: none"> - o relacionamento interpessoal dos profissionais da enfermagem com o cliente e família; - as queixas do cliente e família; - a observância às normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Lei do Exercício Profissional; - o relacionamento interpessoal dos profissionais de enfermagem com a equipe disciplinar e multidisciplinar; - a existência de trabalho em equipe ou individualizado; - a cooperação da equipe com a chefia de enfermagem; - a frequência dos encontros (reuniões) para discutir problemas; - a coerência na distribuição de tarefas; - a coerência na distribuição de pessoal, por turno de trabalho; - o número de faltas por licença de saúde; - outras situações que se apresentarem. 2. Rever conteúdos referente a Relações Humanas, Desenvolvimento Inter-pessoal, Mudanças Organizacionais e outros. 3. Proporcionar encontros com a equipe de enfermagem do setor, para refletir sobre os problemas levantados pelo grupo. 4. Provocar a equipe a sugerir propostas para mudanças de comportamento, para minimizar ou eliminar os problemas apresentados. 5. Colaborar com a equipe e com a chefia de enfermagem, na execução das mudanças propostas. 	<p>Este objetivo será alcançado se o grupo conseguir identificar problemas relacionados aos cuidadores, propiciar encontros para reflexão, conseguir propostas para mudança de comportamento e ajudar na implementação das propostas.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>OBJETIVO N. 3:</p> <p>Realizar,</p> <p>juntamente com</p> <p>a enfermeira, a</p> <p>coordenação do</p> <p>Setor de</p> <p>Emergência do</p> <p>HGCR e do</p> <p>cuidado de</p> <p>enfermagem ao</p> <p>cliente e família</p> <p>que procuram</p> <p>este Setor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecer as normas e rotinas técnicas e administrativas, supervisionando e avaliando sua execução na prática. 2. Levantar e analisar os recursos humanos da enfermagem do setor, em quantidade e qualificação. 3. Executar as escalas de serviço e de distribuição de tarefas. 4. Levantar, analisar e executar o controle da quantidade e da qualidade do material de consumo e permanente. 5. Conhecer, analisar e executar a rotina de limpeza, desinfecção e preparo do material para esterilização. 6. Supervisionar a assistência prestada ao cliente e família, pela equipe de enfermagem, desde a recepção até sua alta ou transferência do setor. 	<p>Este objetivo será considerado alcançado se ao término do estágio, o grupo conseguir executar 80% das atividades propostas e apresentar uma análise sobre as mesmas.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.3 - CRONOGRAMA:

A disciplina INT - 5134- Enfermagem Assistencial Aplicada foi iniciada em 01/08/94, com a apresentação da disciplina aos professores e alunos. As atividades da disciplina foram desenvolvidas conforme o quadro abaixo:

ATIVIDADE	PERÍODO
Elaboração do Projeto	01/08/94 à 26/08/94
Apresentação dos Projetos	29/08/94 e 30/08/94
Execução do Projeto	31/08/94 à 22/11/94
Elaboração do Relatório	23/11/94 à 06/12/94
Entregado Relatório ao Professor Orientador	07/12/94
Entrevista com a Banca	12/12/94
Apresentação dos Relatórios	14/12/94 à 16/12/94

As atividades de estágio referentes a execução do Projeto Assistencial, serão desenvolvidas no horário das 07:00 às 11:00 hs., conforme o quadro a seguir:

	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	6ª S	7ª S	8ª S	9ª S	10ª S	11ª S
OBJ. 1											
1.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2.	-----										
3.	-----										
4.		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5.		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6.			-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
7.					-----						
8.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
9.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
OBJ. 2											
1.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2.			-----	-----	-----						
3.				-----	-----						
4.				-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5.		-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
OBJ. 3											
1.	-----	-----									
2.				-----	-----						
3.				-----	-----						
4.		-----	-----								
5.	-----	-----									
6.					-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

LEGENDA:

OBJ. 1, 2 e 3 : Objetivos elaborados pelo grupo.

Números sequenciais: Passos do Método para o desenvolvimento dos objetivos.

S.: Semana. (Considerou-se apenas os dias úteis, desprezando os sábados, domingos e feriados.

V - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Descrevemos a seguir os resultados obtidos no período de aplicação do Projeto. Procuramos seguir a metodologia proposta e todos os passos para a sua realização. Todo o projeto foi apresentado à equipe de enfermagem logo no primeiro dia de estágio, onde fomos muito bem recebidas. Durante a execução dos objetivos houve a participação, direta e indireta, da equipe em várias situações.

O cronograma sofreu algumas alterações no sentido de antecipar algumas tarefas e prorrogar outras na tentativa de adequá-las às condições do campo de estágio.

Optamos por descrever os resultados seguindo uma ordem seqüencial inversa à apresentação dos objetivos traçados inicialmente, pois entendemos que conhecer a realidade precede o assistir, sem o que não podemos nos direcionar para o solucionar os problemas, prevenir novos e entender situações de maior abrangência social, política, econômica e cultural.

5.1 - OBJETIVO Nº 3:

Realizar, juntamente com a enfermeira, a coordenação do Setor de Emergência do HGCR e do cuidado de enfermagem ao cliente e família que procuram este Setor.

Entendemos que para estar apto a coordenar o setor e o cuidado de enfermagem, é necessário, antes de qualquer outra ação, reconhecer e analisar toda a organização estrutural diretiva, os recursos humanos, os recursos materiais e a política assistencial adotada no setor e no hospital, para melhor direcionar as nossas ações.

Neste sentido, concentramos a maior parte das estratégias deste objetivo nas cinco primeiras semanas de estágio, sendo que a partir da 5ª semana iniciamos efetivamente a coordenação conjunta com as enfermeiras do Setor.

5.1.1 - Estrutura Organizacional Diretiva:

Na primeira semana de estágio procuramos reunir todo o material escrito sobre a organização do setor e do hospital, para conhecimento e análise. Na segunda semana foram analisadas as rotinas administrativas e os demais documentos encontrados.

O HGCR está passando por uma reestruturação física e organizacional, além da reforma do prédio, quase todos os documentos estão em fase de estudo e elaboração. O órgão de enfermagem tem se empenhado na elaboração do regimento em co-parceria com as coordenações de enfermagem dos vários setores do hospital. Até a presente data, tivemos acesso à filosofia, aos objetivos, instrumentos para avaliação funcional e algumas rotinas administrativas e assistenciais. No Setor de

Emergência esta situação não é diferente, são poucos os documentos que já estão elaborados e em condições de análise.

Os documentos estão sendo escritos e aplicados gradativamente e a elaboração destes está sendo realizada pelos enfermeiros do Setor, com consultas esporádicas aos demais profissionais da enfermagem. Não foi possível fazer uma análise mais efetiva pois os poucos documentos escritos, não estão aplicados na sua totalidade. Sabe-se, no entanto, que a falta de preocupação em estabelecer princípios de comportamento conduz a equipe de enfermagem à dispersão de interesses, a incompreensão de fatos evidentes e contra os objetivos pré-estabelecidos, podendo levar à desorganização.

5.1.2 - Recursos Humanos:

De acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, somente poderá exercer a enfermagem no território nacional, o Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem. Os Atendentes de Enfermagem que já estavam trabalhando até a data da lei, poderão exercer a enfermagem até 1996, quando então deverão estar profissionalizados.

Para uma análise mais concreta sobre os recursos humanos com referência à **quantidade e qualidade**, utilizamos como parâmetro o estudo realizado por Alves e Colaboradores, 1988, para a enfermagem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A autora estabelece o número de pessoal para atendimento de enfermagem num Setor de Emergência com jornada de trabalho de 30 horas semanais, seguindo alguns critérios, conforme o quadro a seguir:

Quadro nº 03: Distribuição do Pessoal de Enfermagem por nível de formação profissional, num Setor de Emergência, segundo Alves e Col., 1988.

EQUIPE	CRITÉRIO	PERÍODO	Nº ELEMENTO
Enfermeira	1 p/cada 06 leitos de observação (18)*	24 hs.	12
	1 p/cada 10 salas de atendimento (06)*	24 hs.	04
	1 p/cada 03 salas de cirurgia (2)*	24 hs.	04
Técnico de Enfermagem	1 p/cada 04 leitos de observação (18)*	24 hs.	26
	1 p/cada sala de atendimento (06)*	24 hs.	24
	1 p/cada sala de cirurgia (02)*	24 hs.	08
Auxiliar de Enfermagem	1 p/cada 10 leitos de observação (18)*	24 hs.	08
	1 p/cada 05 salas de atendimento (06)*	24 hs.	09
	1 p/cada sala de cirurgia (02)*	24 hs.	08
TOTAL DE SERVIDORES			103

* = Os números que se encontram entre parênteses, refere-se ao número de salas ou leitos existentes no setor.

Previsão de Absenteísmo: A autora estabelece um percentual de 45% para cobertura de folgas de finais de semana e feriados, férias, licença de saúde, faltas, licenças especiais e licenças maternidade. Desta forma, temos:

Enfermeiro: $20 + 45\% = 29$

Técnico de Enfermagem: $58 + 45\% = 84$

Auxiliar de Enfermagem: $25 + 45\% = 36$

Total Geral = 149 profissionais de enfermagem.

Levando-se em consideração que o Setor de Emergência não possui uma unidade com leitos para repouso (observação dos clientes) - Emergência Interna e ainda, tendo em vista que a média de clientes que ficam em macas ou cadeiras de rodas, em repouso na emergência externa por mais de 24 hs., é de 18 clientes/dia, elaboramos o cálculo do pessoal, prevendo uma unidade de repouso com 18 leitos de observação, pois entendemos que o Setor é constituído de duas unidades (externa e interna), utilizando a mesma planta física e o mesmo quadro de pessoal.

Portanto, se compararmos a quantidade de pessoal preconizado pela autora, com o existente no Setor, teremos uma defasagem, bastante acentuada, dos profissionais qualificados para atendimento de um Setor de Emergência Externa e Interna.

No quadro a seguir observa-se com maior clareza a defasagem entre o número de pessoal existente e o preconizado pela autora.

Quadro nº 04: Estudo comparativo da quantidade de pessoal, por nível de formação, dos funcionários da enfermagem existentes no Setor de Emergência do HGCR, com o preconizado por Alves e Col., 1988.

CATEGORIAS	EXISTENTE NO SETOR		PRECONIZADO	
	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	08	05	29	20
Técnicos de Enfermagem	12	08	84	60
Auxiliares de Enfermagem	14	10	36	20
Atendentes de Enfermagem	13	09	-	-
TOTAL	47	32	149	100

Pode-se observar que a defasagem de pessoal de enfermagem no Setor, segundo a autora, é alarmante, pois apresenta uma diferença de 68%, correspondendo a 102 profissionais à menos. Mesmo que utilizássemos o percentual de 30% para o absenteísmo, preconizado por Alcala, 1982, teríamos ainda, uma defasagem de 65%, correspondendo a 87 profissionais de enfermagem.

Seguramente, podemos afirmar que existe uma grande sobrecarga de trabalho, prova disso é a necessidade constante da coordenação de enfermagem, em escalar profissionais para fazer horas extras (horas plantão).

Tendo em vista os baixos salário que recebem, os funcionários se submetem a realizar as horas plantões para complementar o salário. Como consequência, não bastando o stress ocasionado pela sobrecarga de trabalho no seu horário normal de plantão, o funcionário da enfermagem utiliza o seu horário de descanso para fazer horas extras e/ou trabalhar em outro emprego.

Neste sentido questionamos: como os profissionais de enfermagem conseguem o milagre de assistir aos clientes se representam apenas 32% dos profissionais necessários no setor? como exigir eficiência e eficácia de ação diante deste fato? a quem devemos responsabilizar? o cliente tem culpa das condições oferecidas para assisti-lo?

No que se refere a **distribuição por categoria**, Alves e Colaboradores estabelecem os seguintes percentuais: Enfermeiros - 20%; Técnicos de Enfermagem - 60%; Auxiliares de Enfermagem - 20%. A autora não prevê o Atendente de Enfermagem em atendimento o que determina a Lei 7.498/86.

No Setor de Emergência a distribuição do pessoal por nível de formação é a seguinte: Enfermeiros - 17%; Técnicos de Enfermagem - 26%; Auxiliares de Enfermagem - 30%; Atendente de Enfermagem - 27%. Como podemos observar o Setor, além da grande defasagem de pessoal qualificado, ainda possui 27% de pessoal não legalmente habilitado.

O quadro a seguir nos mostra, com maior precisão, a distribuição do pessoal por nível de formação, comparando com o preconizado pela autora em questão.

Quadro nº 05: Estudo comparativo do percentual por nível de formação, dos funcionários da enfermagem existentes no Setor de Emergência do HGCR, com o preconizado por Alves e Col., 1988.

CATEGORIAS	EXISTENTE NO SETOR		PRECONIZADO	
	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	08	17	29	20
Técnicos de Enfermagem	12	26	84	60
Auxiliares de Enfermagem	14	30	36	20
Atendentes de Enfermagem	13	27	-	-
TOTAL	47	100	149	100

No que se refere a qualidade, o percentual de distribuição entre os profissionais está abaixo do preconizado. O fato mais agravante é que a proporcionalidade entre os auxiliares e técnicos de enfermagem existentes são quase iguais e, segundo a autora estudada, o percentual de técnicos de enfermagem deverá ser 43% superior ao número de auxiliares de enfermagem, isto, tendo em vista a grande complexidade técnica e a gravidade dos clientes que procuram o setor.

No decorrer do estágio tivemos oportunidade de entender e elaborar uma **escala mensal** para os funcionários de enfermagem da emergência.

Observamos que a distribuição do pessoal na escala mensal elaborada pela coordenação do Setor, não atende o critério de distribuição uniforme por nível de formação. Existe plantões com vários técnicos e outros somente com atendentes de enfermagem. No entanto, na prática não se observa uma queda na qualidade de assistência prestada pelos atendentes.

Acreditamos que, o longo tempo de experiência neste Setor, aliado ao treinamento em serviço e o estímulo realizado pelos enfermeiros, faz com que os atendentes de enfermagem tenham um desempenho tão bom, ou melhor, quanto os profissionais qualificados. Por outro lado, encontramos ainda alguns atendentes já profissionalizados mas que não têm interesse em fazer concurso público por estar em fim de carreira, e com a nova admissão como auxiliar ou técnico teriam prejuízos financeiros.

Outra observação que nos chamou atenção foi a parcialidade de distribuição encontrada em alguns casos, em que foram atendidos prioritariamente os interesses pessoais em detrimento da necessidade do serviço. Cremos que é justo dar liberdade ao funcionário para escolha de seu horário de serviço, mas para isso é necessário estabelecer critérios que previnam prejuízos para a assistência de enfermagem prestada no Setor, e a sobrecarga de atividades a alguns funcionários.

A **escala de atribuições** é realizada por escrito, distribuindo os profissionais por atividades. A periodicidade estabelecida é de 2 meses, quando então é realizado o rodízio.

Acreditamos que a distribuição das tarefas, por escrito, é de fundamental importância para a organização da setor, facilitando a supervisão e o controle das tarefas. Por outro lado, a periodicidade muito longa, poderá sobrecarregar uns funcionários em detrimento de outros ou ainda, provocar stress em funcionários que estão escalados em ambientes de alta rotatividade e tumultos. Mesmo assim, não observamos faltas dos funcionários durante o período de estágio. Quando o funcionário precisa folgar, por motivos particulares, providencia troca de plantão com um colega e comunica à coordenação de enfermagem.

Infelizmente o hospital não vem realizando os programas de Educação em Serviço, mas como compensação os enfermeiros do setor, realizam uma supervisão de forma educativa e continuada o que contribui para o aprimoramento profissional da equipe.

5.1.3 - Coordenação e Estilo de Liderança:

A coordenação por nós realizada, foi bastante discreta e não formalizada, o que nos permitiu um entrosamento gradativo com a equipe de enfermagem, sem sofrer grandes resistências. Uma das alunas do grupo é funcionária deste setor, fazendo parte da equipe de enfermagem, fato este, que também colaborou para aceitação do grupo pela equipe. Observamos que a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem possui um excelente potencial para liderar situações, potencial este adquirido pelo longo tempo de trabalho neste setor. Identificamos que o tipo de liderança é situacional, isto é, dependendo da situação presente, um elemento da equipe assume a liderança independentemente de cargo de chefia, estando mais diretamente relacionado com a experiência, a iniciativa, a criatividade e a disposição para o trabalho.

Segundo Moscovici, 1985, cada estilo de liderança pode ser adequado em determinada situação, mas nenhum estilo é melhor para todas as situações pois diferentes situações de trabalho em grupo exigem estilo diferente de liderança. Da mesma maneira não existe um líder "universal" que opina para tudo e que seja eficaz para todas as situações. A responsabilidade maior de resolução de conflitos cabe ao líder do grupo, mas não exclusivamente. Cada membro de grupo é também responsável pelo rumo que as divergências podem tomar contribuindo intencional ou inintencionalmente, para a sua evolução e consequência destrutiva ou construtiva. Estas afirmações confirmam as nossas observações com relação as lideranças exercidas pela equipe.

Outro aspecto à considerar é o estilo de liderança exercido pela Coordenação da equipe de Enfermagem do Setor. Moscovici ao abordar os estilos de liderança, admite duas dimensões distintas de necessidades do líder: de controle e de participação, que corresponderiam aos dois níveis de atividade do funcionamento grupal. Desta necessidade surgem dois estilos distintos de liderança que são: orientado para o controle/tarefa e orientado para participação/manutenção e fortalecimento do próprio grupo.

Evitamos nos deter às várias denominações dadas a estes estilos de liderança e procuramos apenas observar e analisar a tendência de necessidade do estilo exercido pela coordenação do setor. Observamos que esta, pelas suas características administrativas, apresenta uma necessidade de liderança orientada para o controle/tarefa. Por outro lado, a coordenação do cuidado de enfermagem, requer uma liderança orientada para a participação/manutenção e fortalecimento do grupo. Desta forma, observamos que a mesma pessoa que coordena o setor e o cuidado,

dependendo da situação, apresenta estilo de liderança diferente, o que reforça a bibliografia estudada.

5.1.4 - Recursos Materiais:

O fornecimento de todo o material ao hospital é realizado por uma Unidade centralizada da Secretaria de Estado da Saúde. A aquisição deste obedece determinações legais, pois trata-se de um Serviço Público e como tal, atende às determinações do Governo Federal e Estadual. Este processo de compra, esbarra num arsenal de procedimentos burocráticos e políticos, que dificultam sobremaneira a agilização das compras e a autonomia dos hospitais.

Procuramos nos deter na análise dos recursos materiais do Setor de Emergência, atendendo o que foi previamente planejado. No que se refere ao material de consumo podemos observar que existe um controle, utilizando como base o consumo médio diário, semanal, quinzenal ou mensal, dependendo do tipo de material. Este controle é realizado por uma enfermeira que atua diretamente junto ao Setor de Almoxarifado. Este tipo de controle evita estoques irregulares de materiais e suas consequências, bem como evita a falta de materiais de maior consumo. O local para guarda do material é adequado. O material fica organizado em prateleiras identificadas, mantendo ordem e controle de prazo de validade dos produtos. A equipe é participativa no controle dos gastos de materiais de consumo, não existindo desperdícios significativos.

Quanto ao material permanente, existe controle através de livro de registro, todo o material que sai da unidade por troca ou empréstimo, é registrado e o funcionário assume a responsabilidade pela devolução. Todo o material danificado é

encaminhado para reparo mediante pedido de conserto, no entanto, não é realizado a reposição imediata do material em conserto. O reparo, normalmente, é realizado de forma inadequada e lenta, e como a unidade não possui material de reposição geralmente ocorrem alguns transtornos. Citamos, como exemplo, os esfigmomanômetros, os estetoscópios, as macas e as cadeiras de rodas.

Quanto à conservação dos materiais e equipamentos do Setor, consideramos de boa qualidade e a equipe demonstra estar consciente e zela pelo patrimônio do hospital, faltando apenas uma manutenção periódica preventiva pelo setor responsável, pois na atual situação, é necessário que o material ou equipamento esteja danificado para que ocorra a manutenção.

No Setor, o **processo de esterilização, desinfecção e limpeza** é realizado de acordo com as determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Esta comissão estabelece as normas, com base nas determinações da Portaria 930/82 do Ministério da Saúde, realiza treinamentos, faz o controle, supervisão e ainda, realiza pesquisas. Foi considerada uma comissão atuante, sendo o primeiro hospital brasileiro de grande porte a receber a placa de **ACREDITAÇÃO** (acompanhamento de qualidade realizado pela Secretaria de da Saúde numa ação conjunta com o Ministério da Saúde).

Observamos que as normas estabelecidas pela referida comissão, são seguidas pelos funcionários da enfermagem do setor. No entanto, segundo informações da CCIH e confirmadas pelas nossas observações, os funcionários da limpeza e conservação merecem uma supervisão e controle mais rigoroso por parte da chefia da limpeza, dos enfermeiros e pela comissão, pois não atendem com eficácia tais determinações.

5.1.5 - Política Assistencial:

O Setor não possui uma metodologia de assistência definida e em vigor. Segundo a Coordenadora de Enfermagem, o método está em fase de estudo, existindo uma previsão de início de implantação, para Janeiro de 1995.

Consideramos que o objetivo foi totalmente alcançado, pois conseguimos conhecer e analisar toda a estrutura organizacional do Setor e atuar juntamente com as enfermeiras na coordenação do setor e do cuidado.

5.2 - OBJETIVO Nº 02:

Atuar junto aos cuidadores, observando o tipo de assistência prestada ao cliente e família, o stress no desempenho de suas atividades e o relacionamento interpessoal entre a equipe, visando identificar problemas e buscar soluções conjuntas.

Para que pudessemos realizar este objetivo, foi necessário coletar informações, provocar a verbalização de queixas, estar atentas a todos os acontecimentos, tudo de maneira informal para não interferir em nossas análises. Todos os dados obtidos foram coletados de maneira espontânea e com base em observações. Portanto, as nossas afirmações fazem parte da nossa percepção sobre a realidade encontrada comparada com a bibliografia estudada. Evitamos levantar e analisar as questões estruturais e conjunturais do serviço de saúde.

5.2.1 - Observações Comportamentais:

Observamos o **inter-relacionamento da equipe** entre si e com as demais pessoas. Notamos que os clientes são tratados com respeito e dignidade. Consideramos que um trabalho num hospital não é de uma pessoa, mas de várias pessoas, e que sua maior eficiência depende de quanto mais integradas estejam.

No setor, houve uma boa interação entre funcionários e o grupo de estágio, cada qual dentro de seus limites, respeitando uns aos outros. Podemos constatar que existe uma maneira "amigável" de delegar funções, tanto na equipe disciplinar quanto na equipe multidisciplinar, os pequenos desentendimentos são imediatamente resolvidos através do diálogo.

De maneira geral, a equipe de enfermagem é cooperativa, participativa, sabe ouvir e entender as críticas e/ou situações levantadas, existindo uma relação de amizade e respeito entre a Coordenação de Enfermagem e os elementos da equipe.

As reuniões da equipe de enfermagem do Setor são realizadas extraordinariamente, por convocação da coordenadora ou por solicitação da própria equipe. Não existe um cronograma de reuniões ordinárias previamente estabelecido.

Na **prestação da assistência**, uma característica observada na equipe, é o trabalho conjunto, todos colaboram uns com os outros, estão em constante troca de experiências e conhecimentos. Este fato colabora para o bom relacionamento entre os profissionais. Por outro lado, observamos que o cliente e família que procuram o Setor, não se queixam do atendimento prestado pela equipe de enfermagem, ao contrário, é bastante comum ouvir elogios, tais como: "Muito obrigado gente, vocês foram ótimos, as pessoas que falam mal do atendimento das emergências dos hospitais, é porque nunca

prestaram atenção de como vocês trabalham aqui." As queixas mais comumente ouvidas são com referência à estrutura física do setor que não permite a permanência do cliente em dependências adequadas, sendo que a grande demanda de casos de urgências não traumáticas é do interior do Estado.

Sabe-se, no entanto, que nem sempre é possível prestar um atendimento adequado tendo em vista a grande complexidade e rotatividade do Setor. Na maioria dos casos a atenção é voltada aos aspectos fisio-patológicos, quando na realidade as necessidades humanas básicas mais afetadas estão relacionadas com os aspectos psicossociais e psicoespirituais.

Geralmente o número de atendimento/dia é incompatível com as condições de infra-estrutura e de pessoal do Setor. A maior parte dos clientes que são atendidos, poderiam ter seus problemas resolvidos a nível ambulatorial nos postos de saúde. Os casos de urgência e emergência não chegam a 30% da demanda. A emergência atende desde uma parada cardio-respiratória até um simples estado gripal.

Como já vimos anteriormente, a emergência não possui leitos de repouso. Os clientes que necessitam de observação ficam em macas ou cadeiras de rodas. Temos então uma emergência externa, com atendimento de emergência externa e interna. Esta situação gera conflitos na prestação de assistência, onde o funcionário tem que prestar assistência aos clientes em observação e ao mesmo tempo, atender a grande demanda de clientes ambulatoriais. Não são raras as situações em que o funcionário fica indeciso em estabelecer prioridades assistenciais.

Em conversas informais, provocadas pelo grupo de estágio, principalmente no horário de lanche, chegamos à conclusão que, de uma forma geral, a equipe multidisciplinar não mantém uma **postura ético-profissional** condizente com seus

Códigos de Ética Profissional. É comum o atendimento médico e de enfermagem sem prestar informações ao cliente sobre os riscos e benefícios da assistência, solicitando seu consentimento para executá-la. Em algumas situações, como por exemplo, quando um grupo de profissionais estavam reunidos criticando depreciativamente serviços, cliente e/ou colegas, observamos frases do tipo "Pô gente, pega leve, isto é anti-ético".

Ao nosso entendimento, o comportamento anti-ético não se restringe apenas às ações, mas também às omissões. A nossa observação concentrou-se com maior ênfase nas omissões (por deixar de fazer ou por conivência com quem não fez) . Neste aspecto, toda a equipe multidisciplinar está comprometida por não observar às normas éticas. Esta situação não se resolve do dia para a noite com algumas palestras. É necessário um trabalho mais amplo e aprofundado na tentativa de mudar comportamentos, uma vez que trata-se de um problema cultural, não somente por parte dos profissionais da saúde, mas também por parte do cliente que geralmente é passivo, colocando sua vida nas mãos dos profissionais sem questionar, sem contestar e sem usar do seu direito à cidadania.

5.2.2 - Fatores Condicionantes do Stress:

De acordo com nossas observações, além dos aspectos já apresentados, muitos outros fatores servem de fortes condicionantes para o stress dos profissionais que atuam na emergência, entre eles destacamos alguns que consideramos relevantes:

Ambientais:

A **iluminação** do setor é basicamente artificial e, ao nosso entendimento, inadequada, isto é, pouca luminosidade para execução de atividades que exijam boa

visualização, como por exemplo: preparo de medicação, punção venosa, reanimação cardio-respiratória etc. A iluminação natural existente em algumas dependências, não é suficiente, na maioria do tempo as luzes permanecem acesas.

São poucas as dependências que possuem janelas, e as poucas existentes são altas e não permitem a **visualização para a rua**. As pessoas, depois que entram no setor, ficam totalmente isolados do ambiente externo.

A **ventilação e refrigeração** é realizada através de ar condicionado central, que quando danifica a manutenção é demorada e o ambiente torna-se quase insustentável. Outras vezes, a refrigeração é muito forte, gerando queixas por parte da clientela e familiares. Os locais onde a ventilação é mais precária é nas salas de curativos, sala de expurgo, consultórios, corredores e sala de medicação, onde há uma maior concentração de clientes e funcionários.

O **ruído**, outro fator stressante, é uma constante no ambiente de trabalho da emergência. A emergência fica localizada numa avenida do centro da cidade, onde o fluxo de veículos é intenso e com ruído constante, até mesmo durante a noite, pois a região é considerada zona nobre para a vida noturna. As pessoas que procuram o setor ou que nele trabalham, têm que comunicar-se num tom bastante alto. Além deste fator, a emergência normalmente recebe clientes e familiares gementes, gritando, chorando, agressivos falando alto etc., o que também contribui para aumentar o nível de ruído do ambiente.

Físicos:

Um dos grandes agravantes e motivo de muitas queixas por parte da equipe de enfermagem, é a postura inadequada a que têm que se submeter. Citamos como

exemplo a postura inadequada utilizada para fazer punções venosas e administração de medicamentos ou ainda, retirar clientes de veículos particulares ou ambulâncias, troca de macas em clientes dependentes, transportes de clientes em macas ou cadeiras de rodas com rodízios danificados exigindo o dobro de força física, postura curvada para a reanimação cardio-respiratória, entre outras.

Emocionais:

A maioria dos clientes chegam na emergência com dor, ansiedade, medo, sofrimento, insegurança etc, querendo ser atendidos imediatamente pelo médico. Cada minuto de espera é motivo de aflição por parte do cliente e família que descarregam todos o seu "stress" nos funcionários da enfermagem e da escrituração, que por sua vez, com todas as condicionantes que sofre em seu ambiente de trabalho, nem sempre compreende a situação e entra em confronto gerando conflitos e tumultos.

Financeiros:

Novaes, 1987, afirma que "quem recebe um salário compensador trabalha com mais alegria e otimismo." Dentre os profissionais da saúde, a enfermagem é a categoria menos reconhecida financeiramente, os salários que recebem não oferecem condições para manter suas famílias. A grande maioria dos profissionais da enfermagem do HGCR, além deste emprego, possuem outra atividade, quer seja em outro hospital ou em outro ramo, fora da enfermagem. Com essa dupla jornada de trabalho, a vida pessoal, o lazer, os amigos e a família, ficam sempre em segundo plano. Geralmente estão trabalhando nos finais de semanas ou feriados.

Transporte:

O meio de transporte, normalmente ônibus, também é um fator que interfere consideravelmente na produtividade da equipe. É comum encontrar funcionários que moram longe e que precisam acordar muito cedo para chegar no trabalho as 07:00 hs., muitas vezes enfrentando dois ônibus lotados tendo que permanecer durante longo tempo de pé em posições desconfortáveis. Os funcionários que trabalham no período vespertino, têm que estar no Setor as 13:00 hs., quando estão vindo de casa, provavelmente almoçam muito cedo e em seguida enfrentam a maratona dos ônibus como já citamos. Em alguns casos, o funcionário está vindo de outro emprego, onde faz sua refeição muito rapidamente para poder enfrentar a condução e tentar conciliar os horários dos dois empregos. Na verdade o profissional de enfermagem está sempre apressado, preocupado em não perder a sua hora.

Saúde:

Outro fator que consideramos muito grave, é a falta de assistência à saúde dos funcionários que trabalham no hospital. Existe apenas exames admissionais e não temos conhecimento de nenhum programa de exames periódicos aos funcionários, nem mesmo para aqueles que atuam em áreas consideradas insalubres. Quando um funcionário fica doente, tem que ser atendido conforme as determinações do SUS, ou em alguns casos, são atendidos por médicos da instituição em consideração à amizade existente entre eles ou por persistência do funcionário. Em caso de faltas por doença, o funcionário muitas vezes é discriminado e rotulado de "pitizento" ou "mandrião", gerando uma grande insegurança, "devo ficar em casa me recuperando e sofrer as discriminações? ou devo trabalhar doente, mesmo sem condições de prestar uma assistência com qualidade ou ainda, submeter os clientes a riscos?"

5.2.3 - Análise dos Dados Levantados:

Analizando os dados levantados, aliados à sobrecarga de trabalho discutida no objetivo anterior, chegamos aos seguintes questionamentos: como exigir que a equipe preste uma assistência de enfermagem com qualidade? quem apresenta o maior número de necessidades humanas básicas afetadas, o cliente ou o profissional da enfermagem que o atende? como podemos mudar ou minimizar esta situação? a quem compete fazer isto?

Dejours, 1994, ao abordar os setores da carga de trabalho, separa esta carga em dois setores: a carga física de um lado e a carga psíquica de outro. Entendemos que, tanto a carga física quanto a carga psíquica do trabalhador da enfermagem, é significativamente exaustiva. O tipo de trabalho que realiza num setor de emergência, não permite uma canalização apropriada a sua energia psíquica e ainda, não é realizado nenhum tipo de preparo físico ou de orientações ergonômicas para o desenvolvimento de suas tarefas. O trabalho é fatigante, tornando-se em fonte de tensão e de desprazer, a carga física e psíquica cresce até aparecer a astenia e a partir daí as patologias conseqüentes.

O autor acima referido, afirma que "quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão." Ainda, segundo o mesmo autor, essa energia não pode permanecer acumulada por muito tempo e, quando as capacidades de contenção são transbordadas, a energia recua para o corpo, nele desencadeando certas perturbações como angústia e a agressividade, conseqüências da fadiga. A fadiga, por

sua vez, nada mais é, do que a testemunha não específica da sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos setores do organismo psíquico e somático, podendo ter repercussões viscerais ou musculares.

Como consequência comportamental do indivíduo que sofre muitas condicionantes como é o caso dos funcionários da enfermagem, o autor descreve dentre eles:

- recusa de se cumprimentar e de partilhar gestos da vida cotidiana;

- quebra dos vínculos de solidariedade;

- individualismo forçado;

- recusa de assumir responsabilidades e condutas infantis;

- retenção de informações;

- desrespeito aos regulamentos;

- violência e agressividade;

- particularidades de grupos ou de equipes levando, às vezes, a conflitos;

- curto-circuito da hierarquia;

- perda de iniciativa individual e "pouco caso";

- queixas junto aos médicos;

- desenvolvimento da desconfiança e tendência muito difundida à "interpretação" das atitudes dos colegas como sendo de hostilidade sistemática;

- medo imotivado dos boatos;

- fuga das discussões e sabotagem das devoluções das experiências;

- mentiras e dissimulações sobre os erros e danificação dos instrumentais e equipamentos;

Toda esta série de comportamentos foram observadas e constatadas, em maior ou menor intensidade, entre vários elementos da equipe, manifestados de acordo com as características próprias da personalidade de cada indivíduo.

Ao nosso entendimento, se os elementos da equipe de enfermagem manifestam tais comportamentos, não é por causa das personalidades, mas antes de tudo, por causa das pressões do trabalho realizado que as favorecem, as selecionam e as mantêm.

Alguns destes fatores foram discutidos em pequenos grupos, outros nos detivemos apenas nas observações sem provocar discussões, pois ficamos preocupadas em levantar problemas constantemente vivenciados mas que por desconhecimento, comodismo e/ou adaptação da equipe, ainda não são motivos de conflitos e/ou revolta.

Procuramos realizar encontros para discutir problemas, realizar palestras de interesse comum, promover recreação etc, mas infelizmente todo o esforço foi em vão. Durante o horário de expediente, não havia possibilidade de retirar nenhum elemento da equipe pois todos estavam constantemente ocupados. Fora do horário de trabalho foi humanamente impossível, pois todos tem atividades programadas. Para remanejamento de pessoal de outros setores do hospital para cobrir a emergência, era necessário que possuíssem experiência no setor. Portanto, diante de todas as condicionantes apontadas e das situações apresentadas, nada foi possível fazer neste sentido a não ser ajudá-los, apoiar-los e nos tornarmos solidários com a situação.

Pretendemos utilizar este levantamento de situação, para subsidiar a Diretoria de Enfermagem do HGCR, a Coordenadoria de Enfermagem do Setor, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o Setor de Recursos Humanos entre outros que, de forma direta ou indireta, possam vir a contribuir para diminuir ou minimizar estas fortes condicionantes que os profissionais de enfermagem da emergência estão sofrendo.

5.3 - OBJETIVO Nº 01:

Prestar assistência de enfermagem, mediana e imediata ao cliente e família que procura o Setor de Emergência, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Agular Horta.

Iniciamos a execução deste objetivo a partir do primeiro dia de estágio, implantando gradativamente de acordo com as nossas limitações e as do setor. O relato das atividades realizadas para o alcance deste objetivo será feito concomitantemente com a análise das mesmas.

5.3.1 - Atividades Cotidianas do Setor:

Diariamente recebíamos o plantão e passávamos a visita aos clientes em observação em macas ou cadeiras de rodas, fazendo as anotações complementares no prontuário. Em seguida, executávamos as atividades gerais do setor juntamente com a equipe de enfermagem (atividades assistenciais ao cliente e família, encaminhamentos gerais, atividades administrativas etc.).

Fazendo uma análise sobre a **Passagem de Plantão**, concluímos que trata-se de um relatório preciso do cliente, que deve focalizar o cuidado, vendo o indivíduo na sua totalidade. As informações devem ser precisas e claras. A enfermeira deve conhecer o processo de comunicação, pois é um fator importante para que as informações sejam transmitidas com eficácia.

Na passagem de plantão os fatores da mensagem sofrem alterações, pois esta é transmitida oralmente, e neste caso tem pontos positivos e negativos a se considerar. Como ponto positivo temos as chances de esclarecer as dúvidas que possam surgir. Como ponto negativo temos as distorções da mensagem. Em qualquer informação o receptor ouve somente o que interessa e omite o restante. O mensageiro passa somente o que acha que é mais útil.

Durante todo o período de estágio recebíamos o plantão diariamente, com a equipe de enfermagem, nesta ocasião ficávamos cientes de todas as intercorrências do setor e dos clientes em observação, fazendo as devidas anotações.

A passagem de plantão iniciava as 06:55 hs, com a participação de toda a equipe de enfermagem dos dois turnos (noturno e diurno). O enfermeiro participava ativamente completando informações e fornecendo orientações quanto aos cuidados específicos de determinados clientes. Observamos também, que existia participação ativa por parte de todos os membros da equipe, completando informações, e esclarecendo as dúvidas. Dependendo do número e do estado clínico dos clientes em observação, a passagem do plantão era realizada entre 15 a 30 minutos. A passagem de plantão também era aproveitada para fazer recomendações sobre rotinas de serviço, esclarecer normas administrativas e educação geral sobre assuntos que não requeiram muito tempo.

Comparando as nossas observações sobre a passagem de plantão com a bibliografia estudada, podemos afirmar que esta é de boa qualidade, atendendo as necessidades e expectativas da equipe.

Quanto ao desenvolvimento de procedimentos de enfermagem, não encontramos dificuldades nem resistências por parte dos funcionários, da clientela ou de

seus familiares, pois já possuíamos habilidade técnica por sermos profissionais de enfermagem de nível médio, portanto, passamos a ser dois elementos a mais na equipe diminuindo a sobrecarga de trabalho.

5.3.2 - Aplicação da Metodologia Proposta:

Iniciamos a aplicação da metodologia proposta (SOAP), após a terceira semana de estágio, nos primeiros 15 dias (três semanas) foram dedicados a adaptação do grupo com o setor, com a equipe multidisciplinar e no atendimento ao objetivo nº 03.

A nossa intenção quando nos propomos a aplicar uma metodologia, era atender exclusivamente os clientes da emergência externa, pois tínhamos o entendimento (ou a ilusão) que isto era viável, dependia apenas da infra-estrutura do setor e da boa vontade da enfermagem. Neste sentido, e com todo o entusiasmo, iniciamos a aplicação do método proposto.

Logo de início nos deparamos com a primeira dificuldade. O cliente e seus familiares não estão acostumados com este tipo de atendimento individualizado e quando chegam a emergência estão extremamente aflitos, com medo do local e inseguros com relação ao estado de saúde, entre outros aspectos já abordados na revisão de literatura. No meio de tanta aflição, tumulto e desespero, quando nos aproximávamos éramos logo questionadas: "você são médicas? se não são, por favor chame um médico urgente, depois conversamos". Os poucos cliente e familiares que nos ouviam e entendiam que estávamos ali para prestar ajuda, conforto e apoio, seguidamente nos questionavam, "e esse médico que não atende? Demonstrando uma grande ansiedade, que na maioria dos casos somente a presença deste é que os acalmava.

Somente após o cliente ser atendido e ter diminuído a sua ansiedade com relação a presença do médico, é que conseguíamos dar início a um diálogo informal, que por muitas vezes, tornavam-se longos, nestes casos sentíamos que estávamos ajudando. Por outro lado, nos sentíamos muito mal com a rejeição do cliente e/ou familiar ao ponto de não voltarmos mais a procurá-lo após a consulta médica. Na verdade era uma sensação de impotência e constrangimento com a situação e desestímulo a continuar a aplicação do método.

Observamos que, de maneira geral, os cliente chegam ao setor de emergência acompanhado de seus familiares ou amigos. Estes por sua vez apresentam um maior desequilíbrio emocional do que o cliente, exigindo muita atenção por parte da equipe de trabalho, falando alto, andando de um lado para o outro, resistindo a qualquer tipo de diálogo, exigindo ação. Esta situação, deixava o cliente mais preocupado com a família ou acompanhante, do que com seu estado de saúde.

Como podemos observar na análise do objetivo nº 03, a defasagem do pessoal de enfermagem é assustadora, não foram poucas as vezes em que estávamos fazendo o SOAP de cliente e/ou familiares quando éramos abordados por funcionários da enfermagem com frases do tipo: "Vamos produzir, a emergência está cheia"; "Tem banho pra dar, deixa de conversa furada com o paciente"; "Que tanto vocês escrevem, não têm mais o que fazer, heim?". Por mais que tentássemos justificar a importância da nossa atividade, na atual situação dos funcionários do Setor era compreensível que não conseguissem assimilar as explicações. Foi então que, por constrangimento e por solidariedade aos colegas, "caímos na luta", como eles diziam.

Apesar de todos estes transtornos, alguns bastante desagradáveis, conseguimos atender 23 pessoas (cliente e família) aplicando o método proposto

(exemplo nos anexos 3 e 4), sendo as patologias mais frequentes na aplicação do método foram: cólica renal, asma brônquica, politraumatizado, intoxicação alimentar, dor abdominal à esclarecer, crise emocional.

A experiência vivenciada foi gratificante, nos sentimos úteis quando conseguimos realizar a metodologia, e percebemos que os clientes e seus familiares ficavam satisfeitos e agradecidos por serem respeitados e atendidos como cidadãos. No entanto, não recomendamos o método proposto para assistência de enfermagem em emergência externa devido aos aspectos já levantados, acreditamos que este se adaptaria bem numa emergência interna para leitos de observação.

VIII - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com a elaboração do presente trabalho, concluímos que os conhecimentos adquiridos para a elaboração do projeto e do relatório, bem como, todo o estudo por nós realizados, foram de grande importância para o nosso desempenho como acadêmicas de enfermagem e futuramente como profissionais.

Por estarmos concluindo o curso de enfermagem, temos a certeza que, o desafio enfrentado por nós em escolher uma área de grande complexidade foi muito gratificante. Hoje nos sentimos mais seguras, mais profissionais. Quando optamos por este campo de estágio não tínhamos a verdadeira idéia de sua realidade, foi realmente um ato de coragem que somente agora é que conseguimos perceber.

Durante o nosso curso, apesar de termos aplicado uma assistência planejada, notamos que priorizamos sempre os aspectos físicos e até então vínhamos atuando só na assistência, sem elaborar um planejamento prévio. Acreditamos que a partir de agora, podemos exercer a prática da enfermagem com mais eficiência e eficácia.

Hoje conseguimos entender muitos dos motivos das queixas do atendimento prestado nos Setores de Emergência do Estado e até mesmo do País. Motivos estes, possivelmente, desconhecidos até mesmo dos que ali exercem a sua profissão.

Sugerimos que outras equipes aceitem o desafio e utilizem as emergências como campo de estágio, pois acreditamos que as experiências vivenciadas por nós, servirão de base para toda nossa vida profissional e pessoal.

VII - BIBLIOGRAFIA

- 01- ALCALA, M. U. e Col. **Cálculo de Pessoal**. Prefeitura do Município de São Paulo, São Paulo, 1982.
- 02 - ALVES, S. M. e Col. **Enfermagem - Contribuição para um cálculo de recursos humanos na área**. Ministério de Previdência e Assistência Social, Rio de Janeiro, 1988.
- 03 - BOEHS, A. E. & PATRÍCIO, Z. M. O que é este "cuidar/cuidado"? - uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 24 (1), 1990.
- 04 - COFEN/CORENs, **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.
- 05 - CONFEA/CREAs, **Manual do Formando**. Brasília, 1987.
- 06 - DEJOURS, C., ALBDOUCHELI, E., JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- 07 - DICIONÁRIO Brasileiro da Língua Portuguesa. **Encyclopaedia Britannica do Brasil**. 9ª ed. São Paulo: Cia. Melhoramentos de São Paulo, p. 1616, 1987.
- 08 - DU GAS, B.W. **Enfermagem Prática**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- 09 - ELSÉN, I. et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias?. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, Vol. 1, n. 1, p. 106-115, Jan./Jun. 1992.
- 10 - ERAZO, G. A. C. & PIRES, M. T. B. **Manual de Urgência em Pronto-Socorro**. 2a. ed., Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1987.

- 11 - FELISBINO, J. E. **Experiência assistencial com clientes de UTI e sua família a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta.** Florianópolis: UFSC, vol. 1 e 2, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- 12 - GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 13 - HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.
- 14 - IYER, P. W., TAPTICH, B. J., BERNOCCHI-LOSEY. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 15 - MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos Editora, 1985.
- 16 - NOVAIS, Germano de. **Êxito nas Relações Humanas.** 1ª ed. Canoas - RS, Editora La Salle, 1987.
- 17 - PATRÍCIO, Z. M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, vol. 1, n. 1, p. 89-105, Jan/Jun. 1992.
- 18 - PAULA, W. K. de. **Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.** Trabalho submetido à prova de Concurso Público ao Cargo de Professor Titular. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.
- 19 - PEREIRA, E. P. et al. **Assistência de Enfermagem aos indivíduos adultos no setor de emergência do Hospital Universitário, segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.** Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.
- 20 - WARNER, R.N. **Enfermagem em Emergências.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, 465p.

ANEXOS

DATA:

HORA:

DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	

NOME DO CLIENTE:

DATA:

HORA:

ANÁLISE	PLANO (PRESCRIÇÃO)

DATA:

HORA:

DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	

NOME DO(S) FAMILIAR(ES):

DATA:

HORA:

ANÁLISE	PLANO (PRESCRIÇÃO)

EXEMPLO DE SOAP CONFORME MODELO PROPOSTO PARA O CLIENTE

NOME DO CLIENTE: J. M. T. D.

DATA: 14/10/1994.

HORA: 09:00 hs.

DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS

S - Refere sentir-se melhor, embora continue persistindo dor na região frontal e nas costas. Fala com pesar e longamente sobre o filho que faleceu. Diz que tem medo que a doença lhe deixe parálitica. Tem muita fé em Deus. Gostaria de sair da emergência devido ao barulho que não a deixa descansar e tem medo da presença de outros clientes graves que chegam "não gosto de ver tanto sofrimento". Fala sobre os filhos, diz que tem um ótimo relacionamento com os mesmos. Quando pergunto pelo esposo, refere "me dou bem com ele", Refere que ele não virá visitá-la para dar oportunidade para os filhos. Afirma ainda que nas outras internações quando está no quarto comum, o marido fica sempre com ela. Refere que toma remédio para dormir e que vai tentar não tomar mais e seguir corretamente as orientações dadas. Gosta muito de conversar e sente-se feliz por ter a oportunidade de ter as acadêmicas de enfermagem sempre ao seu lado, ouvindo-a. Voltou a falar sobre o filho falecido. Apesar disso, quer ficar boa porque tem outros filhos e netos e sente-se privilegiada por Deus porque todos demonstram gostar dela.

O - Consciente, orientada e comunicativa. Continua hipertensa. PA oxilando entre 190/110 e 180/90 mmHg. Apresentou hipertermia às 10:00 hs, 38.8°C., após a colocação de compressas fria, cedeu para 37.8°C, foi medicada com novalgina 2 ml IV, após ± 40 minutos, a temperatura manteve-se em 36°C. Pulso = 68 bpm e Respiração = 20 mpm. A dieta mudou para sem sal, fracionada. Aceitou 1 xícara de café com leite e duas torradas médias às 11:00 hs. Urinou 1.100 ml e não evacuou nas últimas 24 hs. Continua em repouso na maca com cabeceira elevada ± 30°. Esta com fluidoterapia em perfeito funcionamento. Mucosa oral e lábios com umidade normal. Pupilas isocóricas fotorreagentes. Relexos sensitivos e motores presentes. Condições da fala normal. A visita de seus filho será às 14:30 hs. Sono interrompido várias vezes pelo barulho do setor e pelos procedimentos de enfermagem. Lembra o mês, o dia e sabe onde está, pergunta as horas com freqüência. Muda de decúbito espontaneamente e quando solicitada.

Continua.....

NOME DO CLIENTE: J. M. T. D.

DATA: 14/10/1994. HORA: 09:00 hs.

Continuação.

ANÁLISE	PLANO (PRESCRIÇÃO)
<p>A - Lúcida, aceitando melhor a sua permanência na emergência e os procedimentos aos quais é submetida. Continua hipertensa e com dores na região lombar e frontal. Iniciou com dieta fracionada a qual está aceitando bem. Fluidoterapia em condições e tempo normais. É comunicativa, demonstra estar aguardando com alegria o horário da visita para ver seus filhos. Está com medo das sequelas da doença. Demonstra interesse em seguir as orientações recebidas. Percebe-se muita tristeza quando fala de seu filho que faleceu. Tem dificuldades para dormir pelo barulho do setor. É independente nas mudanças de decúbito. Aguarda com paciência os resultados dos exames. Participa nos cuidados de enfermagem.</p>	<p>P - Verificar Sinais Vitais de 4/4 hs., anotar e comunicar alterações.</p> <ul style="list-style-type: none">- Avisar ao Serviço de Nutrição e dietética, a mudança da prescrição da dieta.- Manter, orientar e supervisionar a dieta sem sal, fracionada.- Fazer cuidados com fluidoterapia e punção venosa: trocar frascos de solução quando necessário; controlar e supervisionar o gotejamento; observar o aparecimento de soroma e/ou flebite; observar reações aos medicamentos como: queixas de dor no local, tremores, mal estar geral.- Mantê-la em local mais calmo possível para resguardar a sua privacidade e conforto.- Observar: nível de consciência e reflexos pupilares, sensitivos e motores.- Ajudar na colocação de comadre, anotar a cor, quantidade e características das eliminações.- Supervisionar o repouso no leito e se está conseguindo dormir.- Atender as suas solicitações e responder as suas perguntas ou dúvidas com clareza e precisão.- Controlar e supervisionar o aparecimento de dor, sua intensidade e características.- Observar suas reações durante a visita dos familiares.

EXEMPLO DE SOAP CONFORME O MODELO PROPOSTO PARA A FAMÍLIA

NOME DO(S) FAMILIAR(ES): R. T. D.(filha), S. T. D.(filho) e C. P. D.(esposos).

DATA:14/10/1994.

HORA: 09:00 hs.

DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS

S - Os familiares referem estar preocupados com o estado de saúde da cliente. Estão abalados com a situação, têm medo que ela possa vir a falecer. Uma das filhas veio de longe especialmente para ver a mãe hospitalizada e se queixa que também está muito doente. Perguntam sobre a saúde da cliente, quanto tempo vai permanecer na emergência, se os médicos estão se esforçando pela cura da cliente, se não seria melhor transferi-la para outro hospital, "porque este está muito cheio". Estão agradecidos pela atenção das acadêmicas de enfermagem. Encontram dificuldades relativas a rotina de visitas pois a cliente tem muitos filhos e a visita se restringe a dois familiares durante um curto período de tempo. Preocupam-se também com o ambiente muito tumultuado e "agressivo" para a recuperação do seu estado hipertensivo.

O - Durante a visita mostraram-se amáveis com a cliente, seguraram-lhe a mão, respondem as perguntas e emitem palavras de ânimo e de confiança na recuperação. A cliente fica emocionada no momento que abraça a filha que veio de longe. A conversa continuou 15 minutos sobre vários assuntos. No final da visita nos aproximamos da cliente e esta diz "estas são minhas companheiras aqui na emergência". Quando seus filhos foram embora, a cliente apresentava-se traquila e sorridente. Alguns minutos após, dormiu profundamente.

Continua.....

NOME DO(S) FAMILIAR(ES): R. T. D.(filha), S. T. D.(filho) e C. P. D.(esposos).

DATA:14/10/1994.

HORA: 09:00 hs.

Continuação.

ANÁLISE	PLANO (PRESCRIÇÃO)
<p>A - Os familiares estão ansiosos devido os riscos que a doença pode vir a ocasionar. Aparentam estar esperançosos na recuperação da cliente. Monstram-se compreensivos quando orientados. Uma das filhas refere problemas de saúde e necessita de encaminhamento médico. Desejam que seja permitido um número maior de visitas uma vez que a cliente tem 10 filhos e todos querem vê-la para sentir-se mais tranquilos.</p>	<p>P - Conversar com os familiares demonstrando preocupação e atenção com os seus problemas, esclarecendo as dúvidas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantê-los informado sobre o estado de saúde da cliente e sua evolução clínica.- Orientá-los para que repassem as informações que recebem aos demais membros da família.- Possibilitar, na medida do possível, a visita de mais de dois familiares por dia.- Orientar para que recorram ao médico assistente para esclarecer as dúvidas que não ficaram claras com as orientações das acadêmicas.- Agradecer a confiança depositada na equipe de enfermagem e acadêmicas, colocando-se a disposição.- Orientá-los quanto ao tempo de permanência da cliente no Setor.- Encaminhar a filha com problemas de saúde ao ambulatório médico.